



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Centro de Bioética

### **Os Cuidados Paliativos na formação médica pré-graduada**

Uma perspetiva dos estudantes e Internos de  
Formação Geral

Pedro Rui Fernandes Frazão

---

**Junho'2019**



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Centro de Bioética

### **Os Cuidados Paliativos na formação médica pré-graduada**

Uma perspetiva dos estudantes e Internos de  
Formação Geral

Pedro Rui Fernandes Frazão

**Orientado por:**

Doutor Paulo Reis Pina

---

**Junho'2019**



## RESUMO

**Introdução:** Face às alterações sociodemográficas, torna-se fulcral investir no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CP). Para isto, é essencial apostar na formação dos profissionais de saúde, um objetivo que tem vindo a ser desenvolvido em Portugal, no que toca à formação médica pré-graduada. O objetivo deste estudo é perceber como é que os alunos e internos recém-formados percebem a importância do ensino de CP no seu futuro profissional e a avaliação que fazem do mesmo.

**Materiais e métodos:** Foi criado um questionário para estudar: o contacto dos inquiridos com os CP, a avaliação que fazem do ensino e da sua importância e algumas noções fundamentais sobre a área. Foi divulgado e respondido por alunos de 6º ano (ALU) das escolas médicas de Portugal e Internos de Formação Geral (IFG).

**Resultados:** Houve 221 participantes (ALU 61%, IFG 39%), sendo 76% mulheres, com mediana de idade de 24 anos (intervalo interquartil 1), provenientes das oito escolas médicas portuguesas. A maioria dos inquiridos refere nunca ter estado numa Unidade de CP, mas diz já ter convivido em ambiente clínico do género. A maioria afirma também ter tido acesso e frequentado a aulas de CP durante o curso. Acerca da avaliação que os inquiridos fazem deste ensino: 98% sente-se consciente do impacto das doenças crónicas na população portuguesa e 100% reconhece a importância dos CP e da sua inclusão na formação médica. No entanto, 72% discorda que a carga horária da disciplina de CP seja suficiente para a sua formação, e 60% discorda que a formação em CP durante o curso seja adequada à formação de um médico generalista.

**Discussão:** Apesar de a maioria dos inquiridos reconhecer a importância da formação em CP, afirma que a educação que recebem atualmente não é suficiente, uma preocupação global na comunidade estudantil. A maioria dos inquiridos respondeu de forma correta à componente de avaliação de vários princípios de CP, revelando um apurado conhecimento teórico. No entanto, é revelado um défice de contacto prático com a realidade dos CP.

**Conclusão:** O ensino de CP na formação médica pré-graduada tem tido um efeito positivo. Na perspetiva dos estudantes, a formação em CP é atualmente insuficiente e carece de contacto prático. Sugere-se assim que sejam feitos mais estudos de modo a monitorizar o progresso do ensino, e que se invista mais na formação médica pré-graduada em CP, nas várias vertentes abordadas.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; formação médica; avaliação; contacto prático; relação médico-doente.

O trabalho final de mestrado exprime a opinião do autor e não da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

## ABSTRACT

**Introduction:** Given the social and demographic changes, it is crucial to invest in the development of Palliative Care (PC). For this, it is essential to focus on the training of health professionals, an objective that has been developed in Portugal, in terms of pre-graduate medical training. The purpose of this study is to understand how the last year students and newly graduated interns perceive the importance of the recent teaching of PC in their professional future and how they evaluate it.

**Materials and methods:** A questionnaire was created, to study: the contact of the respondents with PC, their evaluation of teaching and its importance, and some fundamental principles regarding the area. Subsequently, it was released among 6th grade students from Portuguese medical schools and General Training Interns.

**Results:** There were 221 participants (ALU 61%, IFG 39%), 76% of these being women, with median age of 24 years (interquartile range 1), from the eight Portuguese medical schools. The majority of respondents said that they had never been in a PC Unit, but that they had already lived in a clinical environment of the gender. The majority also claim to have had access to and attend CP classes during the course. Regarding respondents' evaluation of this teaching: 98% are aware of the impact of chronic diseases in the Portuguese population and 100% recognize the importance of PCs and their inclusion in medical training. However, 72% disagree that the CP course workload is sufficient for their training, and 60% disagree that CP training during the course is appropriate to the training of a general practitioner.

**Discussion:** Although most respondents acknowledge the importance of CP training, they claim that what they receive today is not enough, a global concern in the student community; the majority responded correctly to the assessment component of several CP principles, revealing a thorough theoretical knowledge. However, a deficit of practical contact with the reality of CPs is revealed.

**Conclusion:** The teaching of PC in pre-graduate medical education has had a positive effect. From a student perspective, PC training is currently insufficient and lacks practical contact. It is therefore suggested that more studies be done in order to monitor the progress of education, and to invest more in pre-graduate medical education in PC, in the various aspects addressed.

**Keywords:** Palliative Care; medical training; evaluation; practical contact; doctor-patient relationship.

## ÍNDICE

1. SINÓNIMO DE ABREVIATURAS.....	1
2. INTRODUÇÃO.....	2
2.1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	4
2.2. CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E EM PORTUGAL (FORMAÇÃO).....	5
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
4. RESULTADOS.....	11
4.1. Componente sócio demográfica.....	11
4.2. Componentes relacionadas com a formação médica em CP.....	11
5. DISCUSSÃO.....	16
5.1. Componente sócio demográfica.....	16
5.2. Componentes relacionadas com a formação médica em CP.....	16
5.3. Limitações do estudo.....	22
6. CONCLUSÃO .....	23
7. AGRADECIMENTOS.....	26
8. BIBLIOGRAFIA.....	28

## **1. SINÓNIMOS DE ABREVIATURAS**

- **ALU** - Alunos de 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina
- **CNCP** - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
- **CP** - Cuidados Paliativos
- **FMUL** - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- **EM** - Escolas Médicas
- **IFG** - Interno de Formação Geral
- **OMS** - Organização Mundial de Saúde
- **QDV** - Qualidade De Vida
- **UCP** - Unidade de Cuidados Paliativos



## 2. INTRODUÇÃO

Um dos valores que deve ser sempre protegido enquanto ser humano é a dignidade. A dignidade reflete-se em todos os aspetos da nossa vida: desde o garantir das condições essenciais para uma vida de qualidade – como a alimentação e o saneamento básico –, à liberdade, para sempre defendida durante a nossa história, e até na morte. Esta talvez a mais importante.

Uma atitude de compaixão para com o outro pode ser essencial para se poder garantir, enquanto comunidade, a dignidade na morte ou no fim de vida. Com efeito, dignidade remete para o adjetivo “digno”, cuja origem vem do Latim *dignitas*: o que tem valor, adequado, que merece.<sup>1</sup> A sua raiz etimológica, aplicada ao presente tema, sugere uma ideia de bondade, para com o próprio e, sobretudo, para com terceiros. Um conceito carregado de complexidade e subjetividade, cujo alcance é o de assegurar a melhor qualidade de vida (QDV) possível até à morte, entendida como uma consequência natural da vida.

A construção contemporânea da ideia que permite oferecer um máximo de QDV possível, i.e., os cuidados paliativos (CP), começou na década de 1960, em Inglaterra. Dame Cicely Saunders iniciou, em 1967 o movimento *Hospice*, marcado pela construção do St. Christopher’s Hospice, em Londres. Focou-se numa abordagem holística do doente, através de uma equipa multidisciplinar centrada no alívio do sofrimento do doente terminal, combinando as componentes clínica, educacional e de investigação. O trabalho desenvolvido à altura demonstrou que o adequado controlo sintomático, juntamente com o acompanhamento psicológico, social e espiritual do doente melhorava significativamente a sua QDV, acabando por servir de inspiração para a criação do movimento dos CP. A contribuição de outros tantos intervenientes nos anos seguintes, difundiu, em termos globais, o tema dos CP.<sup>2,3</sup>

Na década de 1980 do século passado, surgiram as primeiras referências aos CP pela mão da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Conselho da Europa e do Parlamento Europeu, sendo criada, no ano de 1988, a Associação Europeia de CP, elevando os CP à esfera política europeia e mundial. Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez, o conceito e os princípios dos CP, orientados para o doente oncológico; definição que acabou por ser revista em 2002, passando também a abranger a assistência

a outras doenças como SIDA, doenças cardíacas e renais, degenerativas e neurológicas. Atualmente os CP são reconhecidos como aplicáveis a todas as doenças crónicas.<sup>4</sup>

Na Europa, ao longo das últimas décadas, os CP tornaram-se num serviço essencial e básico para toda a população, passando a ser considerado um direito humano.<sup>5</sup>

Atualmente, é amplamente reconhecida a importância dos CP na sociedade, sobretudo quando combinando a evolução demográfica mundial (vide *CP no mundo e em Portugal*) com a sua aplicabilidade numa diversidade de contextos de saúde: desde os cuidados terciários aos cuidados primários.<sup>6</sup>

O **objetivo** deste trabalho está centrado na análise do ensino de CP na formação pré-graduada, através da perspetiva dos alunos finalistas do Mestrado Integrado em Medicina (ALU) e dos Internos de Formação Geral (IFG). Pretende-se também avaliar alguns conhecimentos fundamentais em CP. A análise que se propõe pretende, em última análise, chamar a atenção do tema, apelando a uma reflexão multidisciplinar.

A **motivação** para um trabalho dedicado aos CP prende-se, essencialmente, com: (i) o contributo para a formação médica e pessoal, (ii) a observação, como estudante de Medicina e (iii) a visão, como cidadão, do envelhecimento progressivo da população portuguesa, a par do aumento concomitante da esperança média de vida e de comorbilidades na idade avançada, potencialmente causadores de sofrimento e condicionantes da QDV.

A **expetativa** é que o trabalho alerte para a necessidade da educação em CP em Portugal.

## 2.1. CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a definição da OMS, os CP são “uma abordagem que melhora a QDV dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da identificação precoce e da avaliação e tratamento minuciosos da dor e de outros problemas – físicos, psicológicos, sociais e espirituais.”

No entanto, para entendê-los, é importante perceber os princípios filosóficos que os enformam:

- proporcionar alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento;
- afirmar a vida e aceitar a morte como um processo normal;
- não atrasar nem antecipar a morte, através da obstinação ou futilidade terapêuticas;
- integrar as componentes psicológica, social e espiritual nos cuidados do doente e família, inclusive no processo de luto;
- proporcionar um sistema de suporte que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- proporcionar um sistema de suporte que ajuda a família a lidar com o processo de morte da pessoa doente, assim como no processo de luto;
- recorrer a uma equipa multidisciplinar que avalia as necessidades do doente e família, incluindo no processo de luto;
- proporcionar melhoria da QDV, provavelmente influenciando positivamente a trajetória de doença;
- serem implementados o mais precocemente possível no curso da doença, aliados a outras terapêuticas destinadas à cura ou prolongamento da vida, como radioterapia ou quimioterapia, incluindo as investigações necessárias para melhor entender e manejar complicações clínicas que causam sofrimento.<sup>7</sup>

## **2.2. CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E EM PORTUGAL (FORMAÇÃO)**

Todos os anos, a nível mundial, cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de CP, 78% das quais vive em países de médio e baixo rendimentos. Ainda assim, apenas cerca de 14% destas pessoas os recebem.<sup>8</sup>

Apesar de os CP serem, de facto, um direito humano, não existem ainda meios suficientes para permitir uma abordagem generalizada – desde recursos humanos e financeiros, a sistemas e infraestruturas de saúde capazes de suportar a realidade atual.<sup>4</sup> Apesar de preocupante, a situação não parece ter tendência a melhorar, a menos que o investimento prossiga rápida e progressivamente, a julgar pelos factos/estimativas com que nos deparamos:

- O aumento da esperança média de vida durante as próximas décadas, consequente das melhorias das condições de vida e acesso a cuidados de saúde (de 71 anos em 2017, para 77 anos, entre 2045-2050);<sup>9</sup>
- O aumento da população mundial, com 95% de probabilidade de se situar entre 9,6 e 13,2 mil milhões de pessoas em 2100;<sup>9</sup>
- O ritmo de crescimento da população acima dos 60 anos ser mais elevado do que qualquer outro grupo de idade. Atualmente, o número de pessoas com idade inferior a 15 anos é cerca do dobro do número pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050 prevê-se que esta diferença se anule completamente, aumentando o grupo mais velho de 962 milhões para cerca de 2,1 mil milhões de pessoas. Na Europa, a percentagem deste grupo aumentará de 25% para 35%. Em relação às pessoas com mais de 80 anos, o número agrava-se, triplicando até 2050. Fator este relacionado com o aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de fertilidade global. Adicionalmente, aumentará a idade dos cuidadores e surgirão implicações financeiras para os sistemas de saúde;<sup>4,9</sup>
- A elevada prevalência de doenças crónicas e não transmissíveis. Atualmente, cerca de 71% de todas as mortes anuais são causadas por doenças crónicas (um facto que não se prevê que altere);<sup>10</sup>
- A maioria dos adultos que necessitam de CP têm doenças crónicas, como doenças cardiovasculares (38,5%), cancro (34%), doenças respiratórias crónicas (10,3%), SIDA (5,7%) e diabetes (4,6%).<sup>8</sup>

Simplificando, é apresentado um mundo com mais pessoas e mais envelhecido, pessoas estas que morrem maioritariamente por doenças crónicas, que são por sua vez o tipo de doenças que mais gera necessidade de CP. Se hoje existe um elevado número de pessoas que necessita de CP (e que não os recebe), o futuro passará provavelmente por um aumento.<sup>11</sup> É então inegável: é urgente continuar e melhorar o esforço global para melhorar o serviço e o acesso aos CP.

Em Portugal, os CP modernos surgiram na década de 90, pela criação da Associação Nacional de CP em 1995 (desde 2007, Associação Portuguesa de CP), a partir da iniciativa de vários trabalhadores da Unidade de CP (UCP) do Instituto Português de Oncologia do Porto. Durante os 20 anos seguintes, foram surgindo várias UCP's por todo o país. Em 2002-2003 surge na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) o primeiro curso de mestrado em CP do país, na sequência dos primeiros cursos pós-graduados em CP desta faculdade (em 2000 e 2001). Em 2004 a Direção-Geral de Saúde emite o primeiro Plano Nacional de CP, considerando os CP como constituintes essenciais dos cuidados de saúde gerais, desenvolvendo-se em vários níveis e exercidos por equipas interdisciplinares, prevendo a criação de UCP's. Nos anos seguintes, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados (com o intuito de uma cobertura nacional), o aumento do número de UCP's e a criação das Equipas Comunitárias e Intra-hospitalares de Suporte em CP, houve um crescimento das estruturas de CP em Portugal.<sup>4,12</sup>

A Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro) vem consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos CP, ficando definida a responsabilidade do Estado nesta matéria. Com este diploma é criada a Rede Nacional de CP, funcionando sob a tutela do Ministério da Saúde e coordenada pela Comissão Nacional de CP (CNCP).<sup>12</sup>

No entanto, atualmente, é reconhecida a necessidade de melhorar significativamente o serviço em CP, segundo a CNCP. Segundo um estudo de 2018 da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, cerca de 3 em 4 mortes (70,7%) em Portugal são causadas por doenças que beneficiariam de CP.<sup>13</sup>

A OMS identifica, na generalidade, como principais barreiras à resposta eficiente das necessidades de CP:

- Políticas e sistemas de saúde não incluem CP nos seus planos;
- O acesso da população a analgésicos opióides ser inadequado e não conseguir cumprir com o determinado em convenções internacionais sobre o acesso a fármacos essenciais. Esta questão surge inclusive em Portugal, dado o insuficiente acesso.<sup>14</sup>
- **Formação em CP para profissionais de saúde ser muitas vezes limitada ou não existente.**<sup>7</sup>

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP – biénio 2017-2018, emitido pela CNCP, teve o propósito de melhorar a capacidade da abordagem paliativa e dos CP generalistas e especializados, prestados a doentes com necessidades paliativas complexas, por equipas multidisciplinares com competências próprias. Assim, prioriza os seguintes eixos estratégicos de desenvolvimento:

- I – Definição organizacional e garantia da qualidade de cuidados;
- II – Acessibilidade aos CP em todos os níveis de cuidados de saúde;
- III – Formação e Investigação.

A componente relativa à formação e capacitação dos profissionais de saúde, entre vários objetivos, inclui: “fomentar a formação básica em CP ao nível da formação pré-graduada, incluindo conteúdos de CP, com prática clínica, nos planos curriculares de todas as escolas médicas (EM), enfermagem, psicologia e serviço social.”<sup>12</sup>

Os CP dividem-se em 2 ou 3 diferentes níveis: Abordagem Paliativa, CP Generalistas e Especializados. Segundo o Plano Estratégico: “*A Abordagem Paliativa é definida como uma competência fundamental na resolução de problemas/necessidades inerentes às pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade e diagnóstico. Deve ser transversal a todos os profissionais de saúde, englobando desde ações paliativas até intervenções que requerem uma resposta mais estruturada, específica e organizada, sem, contudo, ser objeto de necessidade de cuidados especializados. Pretende-se integrar métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes e famílias em todas as estruturas não especializadas em CP.*”<sup>12</sup>

A Abordagem Paliativa, ou seja, o uso de conhecimentos de CP de um modo transversal a todas as especialidades médicas, é um fator crucial, sem o qual nunca poderemos garantir um acesso universal aos CP.

Com o recente desenvolvimento dos CP, cada vez mais existe uma abordagem especializada. No entanto, a concentração de todos os esforços relativos a CP na formação de especialistas poderá ter consequências negativas. Primeiro, como foi explanado anteriormente, a oferta de um sistema de CP especializado a nível global não conseguirá provavelmente acompanhar as crescentes necessidades. Segundo, muitos elementos de CP podem ser fornecidos por vários outros especialistas, independentemente da área envolvida. Terceiro, se os médicos especialistas em CP tomassem responsabilidade de todos os casos, médicos gerais e outros especialistas poderiam começar a desresponsabilizar-se no que toca ao controlo básico de sintomas e apoio psicossocial. Além disto, naturalmente que não existem e nunca existirão especialistas em CP suficientes para cobrir todas as necessidades.<sup>4,15</sup>

Justifica-se, então, a necessidade de todos os médicos serem capazes de providenciar uma Abordagem Paliativa, independentemente da especialidade. Para tal, é necessário investimento na formação pré-graduada.

Desde o ano letivo 2016/2017 que se inclui o ensino de CP no Mestrado Integrado em Medicina, sob a forma de currículo obrigatório. Dois anos mais tarde e passado o plano de desenvolvimento estratégico para o biénio 2017-2018, chega a altura de avaliar, explorando a visão dos estudantes e dos internos recém-formados, a pertinência e qualidade deste mesmo ensino, com o objetivo de contribuir para o constante progresso na formação.

Assim, coloca-se a questão de saber qual a opinião dos ALU e IFG em relação à sua formação em CP em Portugal durante os últimos dois anos letivos, e como percebem a influência dessa formação para a sua vida (futura) profissional.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para poder responder à questão acima elencada, foi necessário desenhar um estudo capaz de perceber a perspectiva da população-alvo. Assim, como instrumento de colheita de dados, foi criado um inquérito online - *CP na formação médica pré-graduada em Portugal* -, através da plataforma Google Docs®. Foi aplicado a ALU do ano letivo 2018/2019 do Mestrado Integrado em Medicina das oito EM do país e a IFG do ano civil de 2019. Esta população-alvo prende-se com o facto de terem sido os únicos a ter passado pela experiência de aulas em currículo obrigatório da disciplina de CP durante o curso (surgida no ano letivo 2016/2017).

No que diz respeito à divulgação, foi solicitada e concedida a autorização da direção da FMUL, pela parte do Professor Doutor Fausto Pinto, para a divulgação de forma institucional, realizada pelo Gabinete de Gestão Curricular, junto dos ALU. Em relação às outras EM, foram contactadas todas as associações de estudantes, solicitando a divulgação junto dos ALU, tendo havido a divulgação do inquérito em mais quatro EM. No caso dos IFG, o inquérito foi divulgado através da rede social Facebook®, num grupo que reúne um grande número de IFG do país, por ser a forma mais prática de o fazer.

Foi disponibilizado online no período de 25 de fevereiro de 2019 a 6 de abril de 2019, sendo os objetivos do estudo e a garantia de anonimidade dos inquiridos explanados no *e-mail* e publicação de divulgação.

Construído pelo autor em colaboração com o orientador, com base em outros estudos semelhantes realizados noutros países<sup>16,17,18</sup>, em Portugal (noutros contextos)<sup>19</sup> e ainda em informação lecionada em aulas da disciplina de CP na FMUL, versou três componentes:

- Averiguação do contacto dos inquiridos com os CP e da existência e quantidade de horas da disciplina de CP na formação pré-graduada em medicina – componente quantitativa;
- Avaliação que os mesmos fazem do ensino de CP na sua formação e da sua importância – componente qualitativa;



- Aferição de algumas noções fundamentais sobre a área, com o objetivo de entender se a opinião/conhecimento dos inquiridos vai ao encontro da filosofia dos CP – componente qualitativa.

Foram obtidos ainda os dados sociodemográficos de: sexo (resposta dicotómica de *Feminino* e *Masculino*), idade (resposta aberta), ano curricular (resposta dicotómica de *ALU* e *IFG*) e a EM onde o inquirido estuda ou estudou (resposta de escolha múltipla entre as oito escolas do país). A componente quantitativa foi constituída por respostas dicotómicas e ainda de quantificação em resposta curta. As componentes qualitativas, constituídas por dois conjuntos de onze e doze afirmações, respetivamente, foram submetidas à escala de *Likert*, variando as respostas entre *discordo totalmente*, *discordo bastante*, *discordo um pouco*, *concordo um pouco*, *concordo bastante* e *concordo totalmente*. Este foi o método escolhido na tentativa de obter o maior grau de exatidão possível num inquérito de carácter maioritariamente subjetivo.

## **4. RESULTADOS**

Segue-se a apresentação dos resultados, descritos e tabelados.

### **4.1. Componente sociodemográfica**

Foram obtidas 230 respostas ao questionário, tendo sido excluídas 9, por corresponderem a pessoas não pertencentes à população-alvo.

Das 221 respostas consideradas, 168 (76%) correspondem a inquiridos do sexo feminino. A média de idades dos inquiridos é de 25,36 ( $Dp=3,397$ ). A moda é de 24 e a mediana de 25 (intervalo interquartil 1), sendo a idade mínima de 22 e a máxima de 40. No que diz respeito ao público-alvo, 134 (61%) correspondem a ALU e 87 (39%) a IFG. Em relação ao local de formação, existem respostas de inquiridos provenientes das 8 escolas médicas portuguesas, sendo que a maior parte corresponde à FMUL (45%).

### **4.2. Componentes relacionadas com a formação médica em CP**

#### **4.2.1. Averiguação do contacto dos inquiridos com os Cuidados Paliativos e da existência e quantidade de horas da disciplina de CP na formação pré-graduada em medicina – componente quantitativa:**

Esta componente pode ser dividida em dois temas (Tabela 1). O primeiro, concentrado em duas questões, a Q1 e a Q2, diz respeito ao contacto com o ambiente da medicina paliativa. Constatou-se que a maioria dos inquiridos (74%) nunca esteve presente numa UCP. No entanto, a maioria (93%) já conviveu em ambiente clínico com pessoas com uma doença incurável ou terminal.

O segundo, concentrado em Q3 e Q4, diz respeito à existência de aulas de CP nas EM durante os últimos 2 anos, e à frequência dos inquiridos nessas aulas. A maioria dos inquiridos teve acesso a aulas de CP (74%) e a maioria (87%) frequentou essas aulas (o que corresponde a 65% do total).

Tabela 1: Distribuição das respostas às questões relativas ao contacto dos inquiridos com os CP e o ensino.

Questão	<i>n</i>	Sim	Não
<b>Q1 - Já estiveste presente em alguma Unidade de Cuidados Paliativos?</b>	221	26%	<b>74%</b>
<b>Q2 - Já conviveste em meio clínico com algum doente com uma doença incurável ou terminal?</b>		<b>93%</b>	7%
<b>Q3 - A tua faculdade incluiu aulas de Cuidados Paliativos no seu currículo durante o teu curso?</b>		<b>74%</b>	26%
<b>Q4 - Se sim, frequentaste as aulas? (se a tua faculdade não inclui, não respondas)</b>	164*	<b>87%</b>	13%

\*O número total de inquiridos que respondeu “Sim” à questão anterior; a negrito, a percentagem mais alta em cada questão.

Dos 164 inquiridos que responderam “Sim” à Q3, foi ainda colocada a Q5, tendo sido as respostas abertas agrupadas em intervalos de horas. Na Tabela 2, verifica-se que a maior parte das respostas pertence ao intervalo de  $>4$  e  $\leq 8$  horas (32%).

Tabela 2: Distribuição das respostas à questão acerca da quantidade de horas total de aulas de CP.

Questão/Horas	NS*	$\leq 4$	$>4$ e $\leq 8$	$>8$ e $\leq 12$	$>12$ e $\leq 18$	$>18$
<b>Q5 - Se sim, quantas horas de aulas foram na totalidade?</b>	22%	18%	<b>32%</b>	10%	3%	15%

$n=164$ ; \*Não sabe/Não responde; a negrito, a percentagem mais alta.

#### 4.2.2. Avaliação que os inquiridos fazem do ensino de CP na sua formação e da sua importância – componente qualitativa:

Nas afirmações A1 e A2 (apresentadas na Tabela 3) constatou-se que a maioria se sente familiarizado com o conceito de CP e com os diferentes tipos de dor, assentando a maioria das respostas em “Concordo (...)” (93% e 88%, respetivamente), sendo que em A1 é “bastante” (46%) e em A2 é “pouco” (37%).

As afirmações A3, A4, A5 e A6 (Tabela 3) versam sobre o contacto pessoal com o doente, relativamente à questão da morte e da comunicação de más notícias. Estas foram afirmações com resultados menos uniformes. Constatou-se em A4 e A5 que a maioria se sente confortável com os sintomas do doente terminal e os sinais físicos da morte,

representando as respostas de “*Concordo (...)*”, 75% e 73%, respetivamente. Já as afirmações A3 e A6, relativas ao conforto na abordagem do tema da morte e na comunicação de más notícias, apresentam apenas 60% e 45% de respostas do tipo “*Concordo (...)*”, respetivamente.

Pelas afirmações A7, A8 e A9 (Tabela 3), a maioria afirma que se sente consciente do impacto das doenças crónicas na população portuguesa, da necessidade dos CP e da importância da sua inclusão na formação médica, apresentando valores que revelam uma elevada uniformidade de respostas. A afirmação A7 apresenta 92% de respostas do tipo “*Concordo (...)*” (“*bastante*” em 45%). As afirmações A8 e A9 apresentam ambas 100% de respostas do tipo “*Concordo (...)*”, com as maiores em “*totalmente*” (73% e 80%, respetivamente).

Finalmente, na Tabela 3 as afirmações A10 e A11 versam sobre a formação médica pré-graduada na área dos CP. A A10 permite constatar que a maioria afirma que a carga horária da disciplina de CP foi insuficiente, com uma maioria de respostas do tipo “*Discordo (...)*” de 72%, sendo “*totalmente*” em 39% dos casos. A A11 permite constatar que a maioria não considera adequada a formação em CP para o seu futuro profissional, apresentando uma maioria de respostas do tipo “*Discordo (...)*” de 60%, sendo “*totalmente*” em 29% da amostra.

Tabela 3: Distribuição das respostas às afirmações relativas à avaliação e reconhecimento da importância do ensino de CP.

Afirmações	Tudo ← CONCORDO → Nada					
	CT	CB	CP	DP	DB	DT
A1 - Estou familiarizado com o conceito de cuidados paliativos.	29%	<b>46%</b>	18%	5%	3%	0%
A2 - Estou familiarizado com os diferentes tipos de dor.	17%	34%	<b>37%</b>	4%	7%	2%
A3 - Consigo imaginar-me a falar sobre morte com um doente terminal.	10%	18%	<b>33%</b>	10%	20%	10%
A4 - Sinto-me familiarizado com os sintomas de um doente em fase terminal.	12%	25%	<b>38%</b>	9%	13%	4%
A5 - Sinto-me familiarizado com os sinais físicos de morte.	13%	<b>30%</b>	<b>30%</b>	10%	14%	3%

A6 - Sinto-me confortável com o processo de comunicar más notícias a um paciente ou à sua família.	5%	16%	24%	10%	<b>27%</b>	18%
A7 - Sinto-me consciente do impacto das doenças crónicas e causadoras de longo sofrimento na nossa população.	29%	<b>48%</b>	16%	4%	3%	1%
A8 - Sinto-me consciente da necessidade de Cuidados Paliativos na nossa população.	<b>73%</b>	24%	3%	0%	0%	0%
A9 - Considero pertinente a inclusão da disciplina de Cuidados Paliativos no currículo das faculdades de medicina.	<b>80%</b>	16%	4%	0%	0%	0%
A10 - A carga horária letiva desta disciplina foi suficiente.	5%	9%	14%	8%	25%	<b>39%</b>
A11 - A formação em Cuidados Paliativos durante o curso de medicina corresponde à formação necessária que um médico generalista deve ter na área.	14%	14%	12%	8%	23%	<b>29%</b>

CT - Concordo Totalmente; CB - Concordo Bastante; CP - Concordo Pouco; DP - Discordo Pouco; DB - Discordo Bastante; DT - Discordo Totalmente; a negrito, a percentagem mais alta em cada afirmação.

#### 4.2.3. Aferição de algumas noções fundamentais sobre a área, com o objetivo de entender se a opinião/conhecimento dos inquiridos vai ao encontro da filosofia dos CP – componente qualitativa:

Na Tabela 4, observa-se que na generalidade das afirmações elencadas houve uma elevada uniformidade de respostas.

Assim obtiveram a maioria das respostas do tipo “*Discordo (...)*” as afirmações: A14 – 89%; A16 – 97%; A17 – 97%; A18 – 95%; A19 – 99%; A21 – 92%. As respostas do tipo “*Concordo (...)*” foram: A22 – 98% e A23 – 99%.

Nas afirmações A12, A13, A15 e A20, da Tabela 4, nenhuma hipótese obteve a maioria das respostas. No entanto, A12, A13 e A15 apresentam a maioria das respostas do tipo “*Discordo (...)*”, representando, respetivamente, 85%, 91% e 80% das respostas. Finalmente, a afirmação A20 apresenta a maioria das respostas do tipo “*Concordo (...)*”, representando 78% dos casos.

Tabela 4: Distribuição das respostas dos inquiridos às afirmações de conteúdo teórico de CP.

Afirmação	Tudo ← CONCORDO → Nada					
	CT	CB	CP	DP	DB	DT
A12 - Cuidados Paliativos são sinónimo de Cuidados Terminais.	0%	4%	11%	14%	<b>38%</b>	33%
A13 - Os Cuidados Paliativos são adequados apenas em situações em que há uma evidente trajetória de deterioração.	1%	3%	5%	13%	35%	<b>43%</b>
A14 - A filosofia dos Cuidados Paliativos é compatível com um tratamento agressivo.	1%	5%	5%	10%	22%	<b>57%</b>
A15 - Para proporcionar Cuidados Paliativos é necessário assegurar um distanciamento emocional.	1%	6%	13%	17%	30%	<b>33%</b>
A16 - Sofrimento e dor física são sinónimos.	0%	1%	2%	6%	24%	<b>67%</b>
A17 - Os conhecimentos de Cuidados Paliativos devem dizer apenas respeito a médicos de especialidades como medicina interna, medicina geral e familiar, medicina intensiva, etc.	2%	0%	1%	2%	25%	<b>70%</b>
A18 - Nem todos os médicos necessitam de conhecimentos de Cuidados Paliativos, dado que podem reencaminhar o doente para uma consulta ou unidade de cuidados paliativos.	0%	0%	5%	7%	24%	<b>65%</b>
A19 - As dimensões espiritual, psicológica e social do doente não devem ser responsabilidade/preocupação do médico, estando reservadas a outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e outros.	0%	0%	1%	3%	15%	<b>80%</b>
A20 - A Medicina tem o objetivo de evitar a cronicidade das morbilidades, ao invés de ser apenas curativa.	<b>34%</b>	33%	11%	6%	8%	8%
A21 - A morte, sendo um resultado negativo da perspetiva médica, deve ser sempre combatida, usando todos os meios disponíveis.	2%	3%	5%	8%	26%	<b>57%</b>
A22 - No contexto de Cuidados Paliativos, a família deve ser envolvida na atitude terapêutica face ao doente.	<b>57%</b>	36%	4%	2%	0%	0%
A23 - A equipa de Cuidados Paliativos deve acompanhar e apoiar a família em todo o processo, inclusive no luto.	<b>70%</b>	24%	5%	0%	1%	0%

CT - Concordo Totalmente; CB - Concordo Bastante; CP - Concordo Pouco; DP - Discordo Pouco; DB - Discordo Bastante; DT - Discordo Totalmente; a negrito, a percentagem mais alta em cada afirmação.

## **5. DISCUSSÃO**

Houve 221 participantes (ALU 61%, IFG 39%), sendo 76% mulheres, com mediana de idade de 24 anos (intervalo interquartil 1), provenientes de todas as EM portuguesas. A maioria dos inquiridos refere nunca ter estado numa UCP, mas diz já ter convivido em ambiente clínico do género. A maioria afirma também ter tido acesso e frequentado a aulas de CP durante o curso. Acerca da avaliação que os inquiridos fazem deste ensino: 98% sente-se consciente do impacto das doenças crónicas na população portuguesa e 100% reconhece a importância dos CP e da sua inclusão na formação médica. No entanto, 72% discorda que a carga horária da disciplina de CP seja suficiente para a sua formação, e 60% discorda que a formação em CP durante o curso seja adequada à formação de um médico generalista.

### **5.1. Componente sociodemográfica**

O número de respostas válidas ao questionário (n=221) constitui a amostra final. Um número que só foi possível atingir com a contribuição da FMUL e das várias associações de estudantes de outras EM e com a abertura dos inquiridos ao tema.

A idade dos inquiridos é compatível com o que se acontece nas EM e nos IFG em Portugal.

O facto da maior parte corresponder à FMUL (45%) pode prender-se com a igual proveniência do autor e com a divulgação institucional do inquérito por parte da faculdade junto dos alunos, ao contrário das restantes EM e dos IFG que, como referido anteriormente (*vide* Materiais e Métodos), ocorreu de forma diferente.

### **5.2. Componentes relacionadas com a formação médica em CP**

#### **5.2.1. Averiguação do contacto dos inquiridos com os Cuidados Paliativos e da existência e quantidade de horas da disciplina de CP na formação pré-graduada em medicina – componente quantitativa:**

O primeiro tema desta componente, que diz respeito ao contacto com o ambiente da medicina paliativa, permite constatar que a maioria dos inquiridos (74%) nunca esteve numa UCP, uma prática contrastante com outras realidades, em que há uma dedicação

horária exclusiva para interação com doentes, exemplificadas por um estudo realizado numa EM finlandesa.<sup>20</sup> No entanto, também a maioria (93%) já conviveu em ambiente clínico com indivíduos com doenças incuráveis ou terminais, sendo estes os casos mais referenciados para as UCP's. Apesar do tipo de ambiente não ser especificado, assume-se que seja o de serviços hospitalares como medicina interna e outras áreas médicas relacionadas, por ser o ambiente com que ALU e IFG mais contactam. Assim, apesar da maioria dos alunos não ter tido contacto com a abordagem especializada em CP, é garantido durante a formação médica o contacto (quase inevitável) com doentes que necessitam desse tipo de cuidados. O que, atendendo atualmente ao panorama atual de reduzido número de UCP's em locais de formação e capacidade destas receberem um grande número de alunos, não poderá ser atribuída a causa deste problema a uma deficiência da formação médica.

O segundo, que diz respeito à existência de aulas de CP nas EM durante os últimos 2 anos, e à frequência dos inquiridos nessas aulas, permite constatar que a maioria dos inquiridos teve acesso a aulas de CP (74%) e a maioria (87%) frequentou essas aulas (o que corresponde a 65% do total). Não foi realizada uma análise por EM, tanto pela distribuição de número de respostas por escolas ser desequilibrada, como porque em muitas situações os resultados obtidos não serem representativos.

O valor dirigido à quantidade de horas de aulas, cuja maior parte de respostas pertencente ao intervalo de  $>4$  e  $\leq 8$  horas (32%), revela-se inferior em relação ao que ocorre na Suíça (25 horas de ensino obrigatório na Universidade de Basel) ou Finlândia (53,5 horas de ensino obrigatório na Universidade de Tampere), exemplos de países que têm vindo a colocar investimento no ensino de CP nas EM.<sup>20, 21</sup>

Finalmente, a parcela de respostas relativa a  $>18$  horas (15%) pode ser explicada pela existência da disciplina opcional de CP nas escolas, que alguns inquiridos frequentaram (referida várias vezes nas respostas), que por lapso não é discriminada do currículo obrigatório no questionário.



### **5.2.2. Avaliação que os inquiridos fazem do ensino de CP na sua formação e da sua importância – componente qualitativa:**

Chegando ao ponto central do trabalho, pretendeu-se saber como é que os ALU e IFG percebem o ensino de CP durante a sua formação pré-graduada (a sua importância e a avaliação que fazem), assumindo-se uma análise de carácter inteiramente subjetivo, focada na perspectiva do estudante ou interno.

Nas afirmações A1 e A2, da Tabela 3, constatou-se que a maioria se sente familiarizado com o conceito, uma tendência de resposta satisfatória, alinhada com outras realidades mundiais em estudos exemplificativos que versaram estas questões (Reino Unido e Índia).<sup>15,16</sup> Este é um resultado que pode ser explicado com: o impacto positivo da disciplina de CP (apesar de não haver uma correlação isolada), a inserção dos inquiridos em contexto hospitalar, experiência pessoal, e outras, como as iniciativas recentes de consciencialização a nível mundial das tendências demográficas e importância dos CP. Afirmam também que se sentem familiarizados com os diferentes tipos de dor. No entanto, a distribuição das respostas não revela a mesma confiança que em A1 (“*Concordo pouco*” em 37%). Uma possível interpretação será: os inquiridos sabem que existem vários tipos de dor, mas não serão capazes de elaborar os conceitos profundamente ou sentir-se-ão confusos. Alguns estudos estrangeiros revelam que os estudantes de medicina apresentam falta de conhecimento e desconforto em lidar com a dor, assim como evidenciam que há um défice no ensino nesta área.<sup>22,23</sup>

A propósito da dor, esta está intimamente relacionada com os CP, visto ser dos sintomas que mais frequentemente acompanha as variadas patologias dos doentes que necessitam de CP.<sup>24</sup> Torna-se clara a necessidade de o controlo da dor fazer parte do leque de conhecimentos e competências de um médico. Aliás, a Associação Internacional para o Estudo da Dor considera que as EM deviam incluir o ensino da dor no seu currículo obrigatório,<sup>25</sup> e o Programa Nacional de Controlo da Dor, da Direção-Geral de Saúde, refere a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada na abordagem da dor.<sup>26</sup>

Um estudo recente, de 2019, acerca do ensino da dor crónica, ao analisar precisamente a perspectiva dos ALU das oito EM e dos IFG em Portugal, auxilia à compreensão da educação nesta área. Apesar de a maioria dos inquiridos reconhecer a dor como o quinto sinal vital, constatou-se um défice de conhecimento no que toca a

outras características da dor crónica, a escalas de avaliação, e ao uso e dinâmica de analgésicos opióides. Finalmente, na componente do ensino da dor crónica nas EM, é de destacar que 98,4% dos inquiridos considerou relevante haver mais educação sobre dor crónica. Como exemplo, mais de um terço afirmou que a dor não era avaliada em consultas/internamentos por “falta de conhecimento médico”. Os autores acabam por concluir que são necessárias mudanças no currículo das EM para que os futuros médicos desenvolvam competências e combatam o sofrimento ‘evitável’ dos seus doentes.<sup>27</sup> De facto, em Portugal, a aprendizagem da dor, não sendo ainda obrigatória em todas as EM, acaba por acontecer com a experiência profissional, por contacto com casos esporádicos ou interesse pessoal.<sup>28</sup>

Finalmente, de referir que no presente estudo sobre CP se optou por não explorar mais profundamente o tema da dor para não se divergir do objetivo principal (dada a complexidade do tema) e para evitar redundâncias com outros trabalhos, tendo em conta a investigação sobre dor crónica acima referida.

Em relação às afirmações A4 e A5, da Tabela 3, que incidem sobre a relação com a componente física da morte, apresentam dos melhores resultados. Já A3 e A6, que versam a comunicação com o doente, apresentam resultados menos positivos. É assim revelada familiaridade com a identificação dos sintomas e sinais físicos de morte, mas um desconforto na relação com o doente (mais claro na comunicação de más notícias), o que nos indica que durante a formação há carências ao nível da aprendizagem e prática da relação médico-doente. Este é um aspeto que vai de encontro à preocupação da qualidade de comunicação de más notícias, por parte de médicos e estudantes de medicina (a nível global, segundo vários estudos), que se consideram mal preparados para o efeito após o término da formação pré-graduada, reconhecendo-se a importância da sua integração na educação médica.<sup>16,29-31</sup>

Pelas afirmações A7, A8 e A9 (Tabela 3) é claro que os inquiridos se sentem conscientes do impacto das doenças crónicas e causadoras de longo sofrimento na população, da necessidade de CP e da importância da disciplina de CP. No entanto, são noções generalizadas que contrastam com a opinião negativa em relação à realidade: pela afirmação A10 (Tabela 3) constata-se que a maioria é da opinião que a carga horária da disciplina de CP foi insuficiente durante o curso. Através da consulta dos planos de estudo atuais das EM portuguesas constata-se que todas abordam o tema dos CP, mas, na maioria

tal ocorre na forma de disciplina optativa. As poucas EM que o abordam como currículo obrigatório fazem-no atribuindo uma quantidade reduzida de horas de ensino (com um máximo de 10 horas na FMUL), de cariz teórico ou teórico-prático.

Esta é também uma preocupação que tem vindo a ser partilhada por outros estudantes de universidades estrangeiras, em países como o Reino Unido, Áustria e Omã, constatando-se uma não correspondência entre a necessidade, reconhecida pelos estudantes, de formação na área, e a oferta curricular.<sup>31-33</sup>

Subentenda-se por “insuficiente” a preparação necessária para o exercício da profissão, noção comprovada pelas respostas obtidas em A11 (Tabela 3) que, apesar de mais dispersas, encontram-se maioritariamente distribuídas por “*Discordo (...)*” (60%). Esta distribuição é compreensível, dados: o grau variável de conhecimentos de CP, as possíveis diferentes opiniões acerca do adequado funcionamento e melhoria dos CP e a opinião acerca da extensão de conhecimento de CP que um médico generalista deve ter, uma questão que deveria ter sido esclarecida durante o questionário.

O estudo comparativo mais recente encontrado acerca de educação médica em CP nas universidades da Região Europeia da OMS, de 2015 (promovido pela Associação Europeia de CP), tendo em conta o número de EM de cada país, a existência ou não da disciplina de CP e o seu carácter opcional ou obrigatório, pontuou Portugal numa posição inferior ao percentil 50, afastado dos países que atingiram a pontuação máxima, como Israel, Noruega e Reino Unido.<sup>34</sup> Apesar de afastado por quatro anos do presente estudo (tendo havido investimentos muito recentes nas EM portuguesas), atendendo a vários outros dados já apresentados, acredita-se que ainda haja um desequilíbrio significativo na oferta/qualidade do ensino pela Europa. É importante, no entanto, não ignorar o trajeto positivo que as EM têm vindo a percorrer no sentido de melhorar a formação médica pré-graduada, como se constatou já na componente anterior (*vide* Discussão 4.2.1).

De facto, a formação adequada em CP poderá trazer significativas vantagens à futura prática clínica. Um estudo realizado em Espanha em 2014 analisou qualitativamente o impacto de um curso opcional de CP nos alunos, durante 4 anos, acabando por chegar às seguintes conclusões: o curso ajudou os estudantes a tornarem-se e a agirem como médicos; identificaram-se os benefícios de uma visão holística do doente e de ter a família em consideração; os CP possibilitam a abertura de um novo campo de

conhecimento; o curso suscitou a reflexão acerca do desenvolvimento pessoal dos estudantes e aprofundou as capacidades humanísticas; o contacto prático com doentes é essencial.<sup>35</sup> Evidências que aumentam a confiança no avanço curricular da área, desejado tanto pelos órgãos de saúde europeus como pelos estudantes de medicina.

### **5.2.3. Aferição de algumas noções fundamentais sobre a área, com o objetivo de entender se a opinião/conhecimento dos inquiridos vai ao encontro da filosofia dos CP – componente qualitativa:**

A terceira e final componente, qualitativa, teve como objetivo avaliar o conhecimento dos inquiridos acerca do conceito e da filosofia dos CP.

A clara tendência foi, em todas as afirmações (Tabela 4), em direção à resposta correta, i. e., concordante com a filosofia atual dos CP,<sup>7</sup>. A oito afirmações que apresentam uma das seis hipóteses que detém a maioria das respostas, – que versam os temas de: como utilizar os CP; relação entre sofrimento e dor; a responsabilidade do médico e a relação dos CP com as várias especialidades; atitude em relação à morte; relação dos CP com a família do doente – revelam uma amostra maioritária de ALU e IFG que tem em mente a noção de CP como: não compatíveis com o tratamento agressivo; direcionados para os vários tipos de dor e para o sofrimento, nunca esquecendo a sua diferença<sup>36</sup>; transversais a todos os médicos através da abordagem paliativa e da abordagem da pessoa como um todo (e não apenas atendendo à doença); praticados aceitando a morte como um processo natural; atentos à família, acompanhando-a e apoiando-a.

Nas outras quatro afirmações que constam da Tabela 4, A12, A13, A15 e A20, apesar de não haver uma das hipóteses com maioria, a direção das respostas foi correta. Estas pequenas variações encontradas podem dever-se a afirmações que suscitam mais dúvidas: a confusão entre CP e Cuidados Terminais (A12) que, apesar de se sobrepor, não se limitam neste último; a dúvida de os CP também se aplicarem a doentes que não apresentem uma clara trajetória de deterioração (A13), uma dúvida concordante com o resultado de A12, através do conceito de Cuidados Terminais; a relação emocional adequada a ter com o doente à medida que este se aproxima da morte (A14), um resultado que indica que os ALU e IFG inquiridos, apesar de discordarem claramente da afirmação, variam nas opiniões acerca do grau de proximidade emocional a ter, que pode revelar

falta de contacto com o doente; finalmente, o intuito apenas curativo *versus* evitar a cronicidade, uma dúvida que revela alguma falta de esclarecimento acerca das prioridades dos CP.

No seu conjunto, esta componente revela uma amostra de ALU e IFG que têm em mente os princípios básicos dos CP, subsistindo, no entanto, algumas dúvidas que revelam um défice de contacto com a realidade da medicina paliativa e com mais tempo de discussão teórica (explanada por exemplo em A9). De facto, o contacto prático em falta no ensino de CP é essencial, permitindo não só a melhoria das competências clínicas como a melhoria da relação médico-doente.<sup>35</sup>

### **5.3. Limitações do estudo**

Viés de seleção: não pode garantir-se a representatividade dos ALU e IFG, pois, comparando o número de respostas consideradas com o número total de ALU e IFG a nível nacional, não é possível generalizar os dados obtidos.

Instrumento de colheita de dados: não foi realizada uma análise da validade do questionário como instrumento de medição, nem tão pouco foi replicado previamente noutros estudos, apesar de emitir semelhanças com várias outras fontes mencionadas (*vide* métodos e resultados).

Lapsos de conteúdo do questionário: não foi discriminado o currículo obrigatório do opcional, que varia nas EM, um aspeto que pode ser diferenciador, gerando conclusões acerca da pertinência do currículo obrigatório; não foi questionada a extensão de conhecimento de CP que um médico generalista deveria ter, na opinião dos inquiridos, um aspeto que põe em causa os resultados decorrentes da afirmação A11.

## 6. CONCLUSÃO

Este foi, no limite do conhecimento do autor, o primeiro estudo acerca do ensino de CP na formação médica pré-graduada em Portugal.

Versando a perspectiva dos estudantes finalistas e internos recém-formados, como sujeitos capazes de reflexão prospetiva da importância da sua formação na área para o seu futuro profissional, foi possível responder à questão que motivou o estudo: qual a opinião dos alunos e jovens médicos em relação à sua formação em CP nas escolas médicas em Portugal durante os últimos dois anos letivos, e como percebem a influência dessa formação para a sua vida (futura) profissional.

Esta questão surge num momento crucial para o desenvolvimento dos CP em Portugal. Tal como explanado anteriormente (*vide* Introdução), estão a ocorrer mudanças demográficas e sociais profundas, que acarretam consequências significativas para a saúde. O aumento da esperança média de vida graças à melhoria das condições de vida e de serviços de saúde e o aumento da percentagem de pessoas com mais de 65 anos, em conjunto com o aumento da prevalência de doenças crónicas, revelou a necessidade global do investimento nos CP. Face à inclusão do ensino de CP no currículo obrigatório das escolas médicas portuguesas, surge, nesta fase inicial, a necessidade de o avaliar.

Podem ser retiradas do presente estudo as seguintes conclusões:

**1. O ensino de CP na formação médica pré-graduada tem tido um efeito positivo:** os inquiridos revelaram um largo acesso a aulas, um bom conhecimento da filosofia dos CP e sentem-se familiarizados com os principais conceitos. Infelizmente, sem nenhum estudo prévio à inclusão de CP no curso de medicina (que se conheça), não é possível concluir se os resultados se devem às aulas recebidas;

**2. O ensino de CP ao longo do curso de medicina é maioritariamente de cariz teórico:** apesar do contacto com doentes que necessitam destes cuidados, não há um acesso a um ambiente especializado em CP, o que não contribui para a total compreensão da área e para o incentivo ao exercício da abordagem paliativa no futuro exercício profissional; além disto, é reconhecida a importância do contacto prático para atingir os benefícios que o ensino de CP pode trazer.

**3. Os alunos reconhecem a clara importância dos CP na sua formação básica, mas sentem que a formação que recebem agora não corresponde às suas necessidades e às necessidades de um médico generalista:** além de afirmarem que a formação atual na área não é adequada para um futuro médico generalista, revelam opiniões dispersas em relação a alguns conceitos teóricos e ainda desconforto na relação médico-doente em ambiente de CP. Uma conclusão que se alinha com as preocupações da comunidade médica estudantil internacional, reforçando a noção de que estamos num caminho semelhante a muitos outros países, e a necessidade de um esforço global.

A formação médica pré-graduada de CP constitui apenas uma parte da melhoria dos serviços de saúde. No entanto, a aposta significativa na mesma contribuirá para:

- Um serviço com futuros médicos mais atentos às necessidades dos doentes, capazes de uma abordagem paliativa quando necessário, apesar de não especializada;
- O crescimento das capacidades humanísticas do médico e da visão holística do doente;
- O incentivo à dedicação dos profissionais à área da medicina paliativa e à escolha de especialidades relacionadas;
- O esclarecimento junto da população das características dos CP, da sua utilidade e de vários preconceitos relacionados;
- Uma resposta/adaptação adequada às mudanças sociodemográficas, e consequentemente na saúde, e não uma reação posterior ao surgimento de consequências prejudiciais das mesmas.

Sugere-se, primeiramente, que seja acompanhado o progresso neste ensino e que seja avaliado através de estudos posteriores a curto prazo, dada a necessidade de um avanço rápido e consistente.

Sugere-se ainda considerar:

- A inclusão de uma componente prática de CP no currículo obrigatório do curso, incluindo interação com o doente;
- A passagem de currículo opcional para obrigatório nas escolas que ainda não o tiverem feito;

- O aumento da aprendizagem e prática da relação médico-doente e médico-família nos anos clínicos do curso (de forma transversal e não incluída apenas nas aulas de CP), como a comunicação de más notícias e discussão de outros temas sensíveis, que contribuirá para o desenvolvimento da gestão das várias componentes do doente, sejam elas físicas, psicológicas, sociais ou espirituais.



## **7. AGRADECIMENTOS**

Ao Doutor Paulo Reis Pina, por me recebido prontamente, atendido aos meus interesses e sugerido um tema tão importante quanto inovador. Pela sua disponibilidade, rigor e entusiasmo na discussão do tema, essenciais para a construção e aperfeiçoamento do trabalho. E, não menos importante, por me ter incentivado a conhecer o mundo dos cuidados paliativos, ainda com tanto por explorar e debater.

À minha querida amiga Inês Santos, que me apontou no caminho dos Cuidados Paliativos e me acompanhou durante este trajeto.

Aos meus amigos mais chegados, que atendendo às crises existenciais, nunca deixaram de estar presentes e sempre mostram o seu valor.

À minha família, que por ser a quem devo tudo, não necessita de mais palavras.

*“You matter because you are you and you matter until the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die.”*

Dame Cecily Saunders (1918-2005)

## **8. BIBLIOGRAFIA**

- 1 – Glare PGW. Oxford Latin Dictionary. New York: Oxford University Press. 1982.
- 2 – Loscalzo MJ. Palliative Care: An Historical Perspective. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2008; 1:465.
- 3 – Clark D, Centeno C. Palliative Care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. Clinical Medicine. 2006; 6(2):197-201.
- 4 – Lima MS. Formação em cuidados paliativos – Influência na vida profissional. Dissertação de Mestrado apresentada à FMUP. 2007; 14-15.
- 5 – Council of Europe-Parliamentary Assembly, Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development. The provision of palliative care in Europe. 2018; Doc. 14657:8.
- 6 – Gamondi C, Larkin P, Payne S. Competências Centrais em CP: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em CP – parte 1. European Journal of Palliative Care. 2013; 20(2): 86-91 e 2013; 20(3):140-145.
- 7 – Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014; 5.
- 8 – World Health Organization. Fact Sheets - Palliative Care. 2018. [acedido a 20 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 9 – United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. 2013; Working Paper No. ESA/P/WP/248:8-16.
- 10 – World Health Organization. Fact Sheets – Non-Communicable Diseases. 2018. [acedido a 20 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- 11 – Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007; 33(5):486-493.
- 12 – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017-2018. 2017:29-35.
- 13 – Gomes B, Pinheiro MJ, Lopes S, Brito M, Sarmiento VP, Ferreira PL et. al. Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care: Nationwide population-based death certificate study. *Palliative Medicine*. 2018; 32(4):891-901.
- 14 – Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Moderate to Severe Cancer Pain: Are We Taking Serious Action? The Opioid Prescribing Scenario in Portugal. *Acta Med Port*. 2018; 31(9):451-453.
- 15 - Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *The New England Journal of Medicine*. 2013; 368(13):1173-1175.
- 16 – Bharadwaj P, Vidyasagar MS, Kakria A, Alam UAT. Survey of Palliative Care Concepts among Medical Interns in India. *Journal of Palliative Medicine*. 2007; 10(3):654-657.
- 17 – Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE: Reliability and Validity of an Instrument to Measure Palliative Care Knowledge among Physicians. *Journal of Palliative Medicine*. 2013; 16(11):1423-1428.
- 18 – Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux YR. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version of Palliative Care Quiz for Nurses. *PLoS ONE*. 2017; 12(5):e0180622.
- 19 – Faustino SC. Competências dos estudantes na área dos cuidados paliativos. Dissertação de Mestrado apresentada à FMUL. 2018.
- 20 – Lehto JT, Hakkarainen K, Kellokumpu-Lehtinen PL, Saarto T. Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliative Care*. 2017; 16:13.

- 21 – Eychmüller S, Forster M, Gudat H, Lütolf UM, Borasio GD. Undergraduate palliative care teaching in Swiss medical faculties: a nationwide survey and improved learning objectives. *BMC Medical Education*. 2015; 15:213-220.
- 22 – Dalpai D, Mendes FF, Asmar JA, Carvalho PL, Loro FL, Branco A. Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação. *Rev Dor. São Paulo*. 2017; 18(4):307-10.
- 23 – Tran UE, Kircher J, Jaggi P, Lai H, Hillier T, Ali S. Medical students' perspectives of their clinical comfort and curriculum for acute pain management. *J Pain Res*. 2018; 11:1479-1488.
- 24 – Wilkie DJ, Ezenwa MO. Pain and Symptom Management in Palliative Care and at End of Life. *Nurs Outlook*. 2012; 60(6): 357-364.
- 25 – Kopf A, Treede RD, Graven-Nielsen T, Cadavid A, Rathmell J. IASP Curriculum Outline on pain for medicine. [acedido a 15 junho 2019]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=729>
- 26 – Direção-Geral de Saúde. Circular Normativa nº11. Programa Nacional de Controlo da Dor. 2008. [acedido a 17 junho 2019]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>
- 27 – Cristóvão I, Reis-Pina P. Chronic Pain Education in Portugal: Perspectives from Medical Students and Interns. *Acta Med Port*. 2019; 32(5):338-347.
- 28 – Centro Nacional de Observação em Dor - Observador. Estado da arte do ensino da dor em Portugal. 2010. [acedido a 17 junho 2019]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estado-da-arte-do-ensino-da-dor-em-portugal-relatorio-final.aspx>
- 29 – Coutinho F, Ramessur A. An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic? *Acta Med Port*. 2016; 29(12):826-831.

- 30 – Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot.* 2014; 3:51.
- 31 – Lee AYS, Carlon B, Ramsay R, Thirukkumaran T. Integrating exposure to palliative care in an undergraduate medical curriculum: student perspectives and strategies. *Int J Med Educ.* 2017; 8:151-152.
- 32 – Pohl G, Marosi C, Dieckmann K, Goldner G, Elandt K, Hassler M, Ludwig H, et. al. Survey of Palliative Care Concepts Among Medical Students and Interns in Austria: A Comparison of the Old and the New curriculum of the Medical University of Vienna. *Palliative Care: Research and Treatment* 2008; 2:1-7.
- 33 – Jahan F, Shibli HAS, Qatan RS, Kharusi AAA. Perception of Undergraduate Medical Students in Clinical Years Regarding Palliative Care. *Middle East Journal of Age and Ageing.* 2010; 7(5):22-31.
- 34 – Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, et. al. Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2015; 50(4):516-523.
- 35 – Centeno C, Ballesteros M, Carrasco JM, Arantzamendi M. Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2016; 6:128-134.
- 36 – Hartogh GD. Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Med Health Care and Philos.* 2017; 20:413-424.